UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER N° 95

FACULTÉ DE MÉDECINE

12

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

MAMMITES TYPHOÏDIQUES

THÈSE

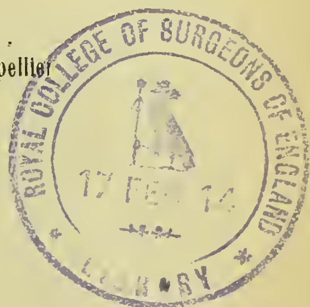
Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 18 Juillet 1913

PAR

Eugène-Louis-Joseph COSTE

Né à Job (Puy-de-Dôme), le 6 mai 1889



Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examinateurs de la Thèse: RAUZIER, *Président.* BAUMEL, Professeur. LEENHARDT, Agrégé. EUZIÈRE, Agrégé. (*Assesseurs*)



MONTPELLIER
IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE
14, Avenue de Toulouse — Téléphone : 8-78

1913

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

MAMMITES TYPHOÏDIQUES

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER N° 95

12

FACULTÉ DE MÉDECINE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

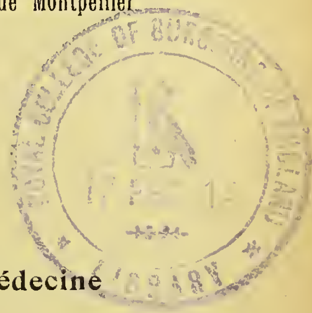
DES

MAMMITES TYPHOÏDIQUES

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 18 Juillet 1913



PAR

Eugène-Louis-Joseph COSTE

Né à Job (Puy-de-Dôme), le 6 mai 1889

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examinateurs de la Thèse	RAUZIER, *Président*.	
	BAUMEL, Professeur.	
	LEENHARDT, Agrégé.	*Assesseurs*
	EUZIÈRE, Agrégé.	



MONTPELLIER

IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE

14, Avenue de Toulouse — Téléphone : 8-78

1913

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (✱)............ DOYEN.
SARDA.................. ASSESSEUR.
IZARD.................. SECRÉTAIRE.

Professeurs

Pathologie et thérapeutique générales............	MM. GRASSET (O. ✱).
Clinique chirurgicale........................	TEDENAT (✱).
Clinique médicale..............................	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....	MAIRET (✱).
Physique médicale..............................	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicales.........	GRANEL.
Clinique chirurgicale..........................	FORGUE (✱).
Clinique ophtalmologique.........................	TRUC (O. ✱).
Chimie médicale.................................	VILLE.
Physiologie.....................................	HEDON.
Histologie......................................	VIALLETON.
Pathologie interne..............................	DUCAMP.
Anatomie..	GILIS (✱).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie......	ESTOR.
Microbiologie..................................	RODET.
Médecine légale et toxicologie.....................	SARDA.
Clinique des maladies des enfants.................	BAUMEL.
Anatomie pathologique...........................	BOSC.
Hygiène...	BERTIN-SANS (H.)
Clinique médicale...............................	RAUZIER.
Clinique obstétricale............................	VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale...............	VIRES.

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Profes. honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✱), GRYNFELTT, HAMELIN (✱).

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées..	MM. VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards.	LEENHARDT, agrégé.
Pathologie externe........................	LAPEYRE, agr. lib. ch. de c.
Clinique gynécologique....................	DE ROUVILLE, prof.-adj.
Accouchements..............................	PUECH, profes.-adjoint.
Clinique des maladies des voies urinaires.	JEANBRAU, ag. lib. ch. de c.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, profes.-adj.
Médecine opératoire........................	SOUBEYRAN, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. LEENHARDT.	MM. DELMAS (Paul).
VEDEL.	GAUSSEL.	MASSABUAU.
SOUBEYRAN.	RICHE.	EUZIÈRE.
GRYNFELTT (Ed.)	CABANNES.	LECERCLE.
LAGRIFFOUL.	DERRIEN.	LISBONNE (ch. d. f.).

Examinateurs de la thèse :

MM. RAUZIER, Président.	MM. LEENHARDT, Agrégé.
BAUMEL, Professeur.	EUZIÈRE, Agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation

A MON PÈRE

MONSIEUR LE DOCTEUR A. COSTE

Mon premier et meilleur Maître.

A MA BONNE MÈRE

Bien faible témoignage de ma plus vive affection.

A MA SŒUR ET A MON BEAU-FRÈRE

A MON ONCLE ET A MA TANTE

Hommage de ma profonde tendresse.

A TOUS MES AMIS

L. COSTE.

CHEF

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR RAUZIER

CHEF DE CLINIQUE MÉDICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE MONTPELLIER

Respectueuse reconnaissance pour le très grand honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.

L. COSTE.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR BAUMEL

PROFESSEUR DE CLINIQUE DES MALADIES DES ENFANTS
MEMBRE CORRESPONDANT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

A MESSIEURS LES PROFESSEURS AGRÉGÉS
LEENHARDT ET EUZIÈRE

A MES MAITRES DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
DE CLERMONT-FERRAND

L. COSTE.

Au moment de quitter la Faculté, au moment où cette thèse, si elle marque pour nous le début d'une vie nouvelle, en termine aussi une autre dont nous ne nous éloignons pas sans regrets, il nous est doux de donner un témoignage public de reconnaissance à tous ceux qui au cours de nos études médicales nous ont aidé de leurs conseils et honoré de leur bienveillante attention.

C'est d'abord notre père : nous lui devons d'être ce que nous sommes. Sa longue vie de modeste praticien de campagne, si pleine d'abnégation et de dévouement, a été pour nous le plus utile des exemples. C'est à ses conseils que nous nous sommes formé et c'est sur ses traces que nous comptons marcher. Nous n'oublierons pas non plus notre mère, dont la sollicitude fut toujours sans bornes et dont les encouragements dans les mauvais moments nous ont été souvent d'un bien précieux secours.

Notre sœur a été toujours pour nous la plus parfaite des amies et la plus discrète des confidentes; nous sommes heureux de pouvoir lui exprimer aujourd'hui, ainsi qu'à notre beau-frère, toute notre vive gratitude.

Que notre oncle, curé-doyen de Viverols, et notre tante Eugénie, veuillent bien de même accepter l'hommage de toute notre tendresse pour l'affection et les excellents conseils qu'ils n'ont cessé de nous témoigner pendant le cours de nos études.

Nous sommes heureux d'adresser aussi nos remerciements à tous nos maîtres de cette bonne vieille Ecole de médecine de Clermont-Ferrand, aux docteurs Bousquet et Maurin dont l'enseignement clinique restera le meilleur de ce que nous avons appris au cours de nos études ; aux docteurs Buy, Billard, Argaud, dont nous avons suivi avec tant de plaisir les belles leçons à l'amphithéâtre et l'enseignement au chevet du malade.

A Paris, d'où malheureusement la maladie nous a bientôt éloigné, nous avons eu la bonne fortune d'avoir des maîtres tels que Rénon et Walther ; qu'ils reçoivent aussi tous nos remerciements pour la bonté dont ils ont constamment fait preuve à notre égard.

A Montpellier, où nous arrivions en étranger, nous avons été de suite accueilli en ami. Merci à tous nos maîtres de cette vieille Faculté. Merci en particulier à M. le professeur Baumel et à MM. les professeurs agrégés Leenhardt et Euzière qui ont bien voulu accepter de faire partie du jury de notre thèse.

M. le professeur Rauzier dont nous ne saurions oublier les belles leçons quotidiennes, a bien voulu nous faire l'honneur de présider ce travail inaugural, nous le prions d'agréer l'hommage de notre respectueuse reconnaissance.

Notre dernier souvenir sera pour nos amis. En leur compagnie, nous avons passé de bien douces heures, et nous nous souviendrons avec plaisir de ces bons moments de franche camaraderie quand, plus tard, nous serons isolé dans nos montagnes du Forez. Qu'ils veuillent bien croire en notre vive amitié.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

MAMMITES TYPHOÏDIQUES

INTRODUCTION

Si les complications graves de la fièvre typhoïde ont fait l'objet de nombreux travaux, et sont pour la plupart maintenant parfaitement décrites, il n'en est pas de même des manifestations glandulaires. Les parotidites, typhoïdites, orchites, mammites, sont sans doute bien moins fréquentes et d'un pronostic bien moins sombre, que les hémmorragies ou les perforations intestinales, leur étude n'en est cependant pas moins intéressante, et leur action sur l'évolution de la maladie n'est pas négligeable toujours.

Passons en effet brièvement en revue les différents tissus glandulaires de l'organisme, nous verrons que dans la dothiénentérie, le bacille ne les respècte pas toujours autant qu'il conviendrait et que assez souvent ils sont le siège d'un processus inflammatoire d'origine éberthienne.

Les *glandes salivaires* (sous-maxillaire, sub-linguale et

parotide), sont les plus fréquemment atteintes. Les parotidites, en particulier, sont d'un pronostic sévère et par elles-mêmes et par l'état général grave, pyohémique, dont elles ne sont souvent que l'expression.

Le *pancréas*, lui, est relativement peu touché dans la fièvre typhoïde : Hoffmann a cependant signalé sa dureté et sa coloration foncée à l'autopsie de certains typhiques. Moynhan a publié un cas d'ictère chronique post-typhique, et des crises douloureuses épigastriques consécutives à la sclérose de la tête du pancréas. Chauffard et Ravoud (1), ont enfin signalé un cas de pancréatite hémorragique.

La *thyroïdite*, rarement notée en France, l'est bien plus dans les pays à goître endémique ; cette notion de goître est en effet rencontrée dans la plupart des observations publiées.

L'*orchite typhique*, sans être fréquente, existe cependant. Cholet en a cité 65 cas (2).

Restent les *inflammations de la glande mammaire*. Peu d'auteurs les ont étudiées, aussi sur les conseils de M. le professeur agrégé Euzière, les avons-nous choisies pour faire l'objet de ce travail inaugural.

Nous traiterons d'abord la question aux points de vue historique, étiologique, pathogénique, clinique ; le diagnostic différentiel et le traitement seront ensuite indiqués. Pour l'étude de la question nous nous baserons sur l'analyse des 26 observations que nous avons pu réunir.

---

(1) Chauffard et Ravoud (Arch. de Méd. expérim. mars 1901).
(2) Cholet, Thèse de Paris, 1901.

HISTORIQUE

La tuméfaction des lobules du sein au cours de la fièvre typhoïde est indiquée pour la première fois en 1874 par Leudet, directeur de l'Ecole de médecine et professeur de clinique médicale à Rouen, qui en 10 ans put en observer 5 cas.

Sur les 5 malades de Leudet, 4 présentèrent des hémorragies diverses, ce qui lui fit conclure à une relation entre la mammite et une disposition de ses malades à faire des hémorragies : « le gonflement du sein qui apparaît à une époque avancée de la fièvre typhoïde, dit-il, diffère des lésions de la rate et du foie : il n'appartient pas à une épidémie et a pour intermédiaire une congestion de l'appareil utérin, ou au moins une disposition hémorragique ; il n'offre aucune gravité et guérit spontanément ».

Wallin (Bulletin de la Soc. clin. de Paris), fait en 1877 un rapport sur un cas d'orchite, parotidite et mammite chez un typhique.

Destrée (Journal de Médecine de chirurgie, de pharmacie de Bruxelles) cite en 1891, 2 cas de mammite

typhoïdique chez des hommes, mais sans donner de renseignements développés.

Scheele (Stat. des typhus. sect. Munich, 1885), Sorel (Bull. et mém. soc. méd. des hôpit. de 1889) et Holscher (Münchner med. Vohen f. 1891), ne signalent par contre aucun cas de mammite typhique sur 3171 cas de fièvre typhoïde, alors que Berg (Deut. Archiv. f. Klinic. med. 1895), en publient 4 sur 1626 cas.

En 1900, Fornaca, de Turin (Riforma medica, 1900), a observé dans son service un cas de mammite non suppurée. Pour lui, « l'agent pathogène exclusif de cette complication est le bacille d'Eberth, auquel viendra s'associer quelquefois et dans des circonstances spéciales le microbe commun de la suppuration ».

Le professeur Thomas Mac Crae rapporte, en 1902, 3 autres cas de mammite, et d'après l'étude à laquelle il se livra à ce sujet il fut amené à conclure qu'il y avait suppuration dans à peu près la moitié des cas de mastite typhoïdique, avec présence de bacille typhique ou de staphylocoque.

Nous citerons encore Delgrange, Charlotte West, Capellari, Davis Patterson et Hewlet, ainsi que Conkey, qui tous ont publié des observations de mammites typhoïdiques que l'on trouvera à la fin de ce travail.

Hening, enfin, a signalé après eux un cas d'abcès pyohémique du sein au cours de la fièvre typhoïde ; Delbet et Le Dentu le rapportent dans leur Traité de chirurgie.

En 1903, dans sa thèse de Nancy, Hanriot a pu réunir 20 cas de mammite typhoïdique. Soulier, en

1907, à Montpellier, ajoute 3 nouveaux cas à cette liste.

Si nous cherchons maintenant dans les grands traités de pathologie français ce qui se rapporte à cette mammite typhoïdique, nous serons étonnés de ne trouver rien ou presque rien.

C'est ainsi que Chantemesse se borne à écrire dans son Traité de médecine publié sous la direction de Bouchard et Brissaud : « On a signalé des poussées fluxionnaires au niveau du sein, même chez des femmes n'étant pas en état de lactation » (Leudet).

Dans le Traité de médecine de Brouardel et Gilbert, cinq lignes seulement sont consacrées à cette complication.

Enriquez, Berger, Lamy et Laffite ne font que la signaler.

Balthazar, Cestan, Claude, Macaigne, Nicolas, Vergnes, n'y font enfin aucune allusion dans leurs précis de pathologie interne.

Nous sommes donc heureux d'apporter par trois observations nouvelles, notre modeste contribution à cette étude si intéressante des mammites typhoïdiques. Nous regrettons seulement de ne pouvoir traiter cette question avec tout le développement et toute la compétence qu'il conviendrait.

ETIOLOGIE

Sur les 23 observations de mammites typhiques que nous trouvons relatées dans la thèse de Soulier et que nous avons cru bon de publier à la fin de ce travail, 4 seulement se rapportent à l'homme (obs. XVI, XVII, XVIII, XIX) ; encore sont-elles peu développées et sans précision aucune. Tout ce que nous savons, c'est que, dans les 2 cas de Destrée, l'analyse du pus a décelé uniquement du staphylocoque doré. Nous laisserons donc de côté cette complication de la dothiénentérie chez l'homme, pour en faire une étude plus approfondie chez la femme.

La mammite typhoïdique s'observe chez des femmes encore jeunes ; l'âge de nos malades varie en effet de 15 à 42 ans, et ce fait s'explique aisément. D'abord la dothiénentérie frappe de préférence des personnes jeunes ; de plus cette période entre 15 et 42 ans, comme le dit Soulier, ne correspond-t-elle pas chez la femme au maximum d'activité de la glande mammaire ?

Toutes nos malades ont en effet eu plusieurs grossesses, quelques-une allaitaient encore au début de leur fièvre typhoïde, 2 sont enceintes. Et nos 2 plus jeunes ma-

lades, pourquoi, pour elles, n'incriminerions-nous pas le développement physiologique de la glande?

Il en est d'ailleurs ainsi dans toutes les maladies, toujours l'organe le plus actif est le plus fréquemment touché.

Fournier en 1875 (La syphilis cérébrale. Ecole de médecine, 1875) écrivait : « C'est une loi générale qu'une diathèse en puissance dirige ses manifestations vers les organes en état de suractivité physiologique ou d'excitation morbide », et il citait comme exemple les manifestations cérébrales de la syphilis se produisant de préférence chez les sujets soumis à un surmenage intellectuel.

Bouchard, et après lui Cassaet et Mongour (De la facilité du surmenage hépatique. Gazette hebd., 23 février 1895), ont montré l'influence prédisposante aux maladies du foie, du surmenage hépatique des dyspeptiques, etc.

Nattan Larrier (Les premiers stades de l'évolution maternelle. Thèse de Paris 1901), a aussi très bien observé que, chez le fœtus in utero, c'est à ce titre que le foie est atteint ; il est curieux en effet de noter, qu'à la naissance, cette portion de la glande hématopoïétique rentrant en régression, les lésions portant sur elle disparaissent complètement alors que les organes qui continuent à jouer ce rôle après la naissance, la rate, par exemple, continuent aussi leur évolution morbide.

Et l'ostéomyélite? N'est-elle pas toujours observée chez les adolescents alors que les os n'ont pas encore atteint leur plein développement et grandissent encore? Rodet (Revue de chirurgie, 1885) l'a d'ailleurs bien montré expérimentalement, en reproduisant les lésions de l'ostéomyélite chez un jeune lapin en voie de croissance, auquel il injectait dans la veine auriculaire une ou deux gouttes d'une culture de staphylocoques pyogènes:

dans ces cas, le travail dont les extrémités osseuses étaient le siège suffisait à en faire des lieux de moindre résistance.

C'est enfin dans le même ordre d'idées que nous pouvons citer l'apparition des orchites ourliennes presque uniquement chez l'adulte, alors que la glande est en pleine activité, et par contre, leur extrême rareté chez l'enfant et le veillard. Cholet, dans sa thèse, attribue cette affection en grande partie à l'hypérémie du testicule au déclin de la fièvre typhoïde et au commencement de la convalescence.

Toutes ces considérations nous permettent donc de conclure que pour la glande mammaire, il doit en être comme pour le foie du fœtus, le testicule de l'adulte.

Ce sera donc l'activité fonctionnelle de la glande mammaire que nous incriminerons particulièrement et mettrons au premier rang des causes capables d'appeler une localisation du bacille sur cet organe.

PATHOGÉNIE

La cause de l'inflammation et de la suppuration du sein dans la dothiénentérie est dans la majorité des cas le bacille d'Eberth.

Cette possibilité pour le bacille d'Eberth de faire du pus a prêté autrefois à pas mal de discussions, elle n'est plus contestée actuellement. Colzi, Orloff, Michon, Gilbert, Sanarelli, Roux et Vinoy, Dmochowski et Ianoski ont en effet établi expérimentalement ce pouvoir pyogène. Valentin, Ebermayer, Chantemesse et Widal, Achalme, ont trouvé ce bacille typhique comme seul agent de la suppuration dans certaines ostéomyélites typhiques ; Gilbert et Girode, Weintrand l'ont rencontré dans des pleurésies purulentes ; Haushalter, dans des abcès de la rate ; Tavel, Thiroloix, Girode, dans des péritonites purulentes, des arthrites purulentes, des synovites, orchites, épididymites. Il est donc tout naturel de songer que l'inflammation de la glande mammaire survenant au cours même d'une infection due au bacille d'Eberth est causée par ce bacille.

Mais si le bacille d'Eberth est l'agent par excellence des mammites dans la fièvre typhoïde, il ne doit pas

être toujours le seul incriminé. Une division s'impose à ce point de vue pathogénique, suivant que nous aurons affaire à des mastites à bacille pur, telles que les mammites non suppurées, et à des mastites à bacille d'Eberth associé à du streptocoque, du staphylocoque, du pneumocoque, comme c'est le cas pour les mammites qui passent à la suppuration.

Fornaca, en 1897, et Davis Patterson et Hewlet ont, les premiers, étudié la question dans les mammites non suppurées.

Fornaca (Obs. X) put retirer par ponction du sein chez une de ses malades quelques gouttes d'un liquide séro-purulent, dans lequel, après culture dans une tube de bouillon ordinaire on ne trouva qu'un seul microorganisme, le bacille d'Eberth.

Davis Patterson et Hewlet (*American Journal of med. sc.* 1901) se contentèrent d'examiner le pus d'un abcès après son ouverture, ils trouvèrent aussi du bacille pur ; mais leur malade avait une mammite double, et la suppuration ne s'était produite que dans un seul sein, il est donc logique d'admettre que l'inflammation de l'autre mamelle avait pour cause le même microbe pathogène.

Dans les 11 cas de mammite suppurée dont nous avons connaissance et dont 8 fois l'analyse du pus a été faite, les résultats n'ont pas été partout identiques.

Deux fois le bacille d'Eberth a été trouvé à l'état pur (cas de Davis Petterson et Hewlet (Obs. XXII) et cas de Mac Conkey (Obs. XXIII) ; une autre fois c'est un bacille mal déterminé mais semblant appartenir au groupe des paratyphiques qui fut observé (Soulier, Obs. XXVI).

Chez les malades de Destrée (Obs. XVI et XVII) et de

Curshmann (obs. XVIII et XIX) du staphylocoque doré est seul décelé.

C'est enfin du staphylocoque blanc seulement que l'on trouve à l'examen bactériologique du pus prélevé chez la typhique de Thomas Mac Crae (obs. XXIV).

Mais maintenant par quelle voie ces microorganismes arrivent-ils à la glande mammaire? Hanriot dans sa thèse de Nancy (1904) a incriminé la voie cutanée. Soulier, au contraire, a admis que l'infection se faisait par voie sanguine, c'est à son opinion que nous nous rangerons.

La constatation du bacille d'Eberth dans le sang suffit en effet à expliquer sa présence dans le voisinage de la glande mammaire; actuellement cette présence du bacille typhique dans le liquide sanguin n'est plus contestée. Courmont et Lesieur l'ont noté 33 fois sur 37 malades vers le deuxième septénaire de la maladie; Widal et ses élèves l'ont rencontré 17 fois sur 20; Bresquet enfin, 82 fois sur 83. Les ensemencements de sang montrent en outre que les associations microbiennes ne sont pas rares dans la fièvre typhoïde, le staphylocoque, en particulier, le coli, etc.... ayant été décelés dans plusieurs cas.

On comprend donc que le bacille qui circule dans le sang puisse se fixer sur les lieux de moindre résistance (fatigue de la glande mammaire, due à la lactation en cours ou récente, par exemple) pour donner une infection locale.

Les phénomènes généraux observés au moment de l'apparition de la mammite, assez marqués, sans être graves toutefois, peuvent bien être, de plus, sous la dépendance d'une augmentation du nombre des bacilles

typhiques circulant dans le sang, ou au moins d'une exagération de la virulence de ceux y existant déjà.

Peut-être aussi pourrait-on enfin incriminer jusqu'a un certain point le système lymphatique.

Quant à la voie cutanée qu'admettait Hanriot, nous pouvons penser à elle seulement pour les mammites à streptocoques, staphylocoques, pneumocoques ; la suppuration du parenchyme serait alors précédée de galactophorite et de canaliculite, qui ont passé plus ou moins inaperçues.

Notre conclusion pathogénique sera donc celle-ci :

Mammite non suppurée = bacille d'Eberth pur apporté par voie sanguine.

Mammite suppurée = infection polymicrobienne, avec voie de pénétration cutanée très probablement.

ÉVOLUTION CLINIQUE

L'évolution clinique de la mastite éberthienne est rapide et bénigne. Chez la malade de Soulier seulement (Obs. XXVI), nous voyons l'inflammation persister durant trente-trois jours : dans tous les autres cas publiés, la résolution est survenue après une quinzaine de jours.

Ce sont, de plus, comme nous l'avons fait remarquer au chapitre « Étiologie », des malades relativement jeunes qui sont frappées.

La mammite typhoïdique apparaît habituellement vers la fin d'une dothiénenterie de forme adynamique ; on admet que cette apparition a lieu au cours de la troisième et quatrième semaine. Il y a toutefois de nombreuses exceptions : c'est ainsi que Delgrange (obs. VI), et Roger et Margarot (Obs. XIII), ont vu la localisation mammaire du bacille d'Eberth se faire au dixième jour de la maladie, alors que Fornaca (Obs. X), Hanriot (Obs. IX), et Soulier (Obs. XXVI), ont vu le sein devenir douloureux seulement aux 42e, 52e, 60e jour après le début de la dothiénentérie.

La température, qui à cette époque de la maladie se rapproche de la normale, présente une ascension rapi-

dement progressive, mais ne dépassant pas 39° dans les cas ordinaires. Les cas où la mammite paraît avoir évoluer sans fièvre, comme lors de la première poussée inflammatoire chez la malade de Mac Crae (Obs. VII), sont exceptionnels; mais le sont moins ceux où l'on a vu la température atteindre et parfois dépasser 40° : c'est toutefois ce que nous trouvons dans les quatre observations de Delgrange (Obs. VI). Hanriot (obs. VIII), Fornaca (Obs. X), et Thomas Mac Crae (obs. XXIV).

Le pouls suit généralement la température.

Localement, dans la majorité des cas, les malades n'ont ressenti dans le sein qu'une douleur peu intense mais beaucoup exagérée à la pression.

La peau est saine à l'ordinaire; une zone de rougeur plus ou moins intense est toutefois signalée dans plusieurs observations.

Delgrange a même vu chez une jeune femme de 22 ans, la mamelle gauche disparaître en quelque sorte, sous la partie aréolaire, considérablement œdématiée ; le doigt enfoncé dans la tumeur y laissait une empreinte qui disparaissait assez vite.

A la palpation, on perçoit une induration toute petite, de la grosseur d'une noisette ou d'une noix ; cette induration peut quelquefois dépasser le volume du poing.

Guiraud (Obs. XII) a noté à deux reprises du retentissement ganglionnaire dans le creux axillaire. Soulier (Obs. XXVI), et Roger en 1910, ont aussi signalé la présence de ganglions axillaires chez leurs malades.

Dans près de la moitié des cas, l'inflammation mammaire se résoud peu à peu, en même temps que disparaît l'induration, et le sein a généralement repris son aspect normal au bout d'une dizaine de jours. Souvent de nouvelles poussées surviennent ultérieurement, qui, comme

les premières, ne tardent pas à régresser rapidement : le cas le plus remarquable dans ce sens, est celui qu'à publié Guiraud en 1907, se rapportant à une malade qui présenta successivement trois poussées de mammite typhoïdique d'importance décroissante.

Le sein n'est jamais atteint dans son entier.

Un seul sein peut être pris, ou les deux, successivement ou simultanément ; c'est ainsi que dans huit de nos observations, nous voyons le mammite double ; dans tous les autres cas elle fut simple.

La résolution n'a cependant pas toujours lieu si vite, et le mammite peut passer à la suppuration : chez 11 de nos malades, il en est arrivé ainsi. Les phénomènes généraux sont alors plus accentués que lorsque tout se borne à une simple inflammation glandulaire, la fièvre est légèrement plus élevée, le pouls est plus accéléré ; localement la rougeur et la chaleur atteignent leur maximum. La suppuration apparaît assez rapidement, vers le quatrième ou cinquième jour, et si l'on n'intervient pas assez vite, l'abcès ne tarde pas à s'ouvrir spontanément.

En résumé, nous pouvons donc classer ainsi par ordre de fréquence et d'importance les grands symptômes de la mammite éberthienne : douleur, gonflement, élévation de température, rougeur au point de localisation, fluctuation enfin, si la mastite arrive jusqu'à la suppuration.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de mammite sera fait d'après les symptômes que nous venons de décrire dans l'évolution clinique ; il ne présente d'ailleurs aucune difficulté. Il en est par exemple tout autrement de l'épithète à donner à cette mammite; est-elle bien due au bacille d'Eberth, n'est-elle pas une simple mastite puerpérale, lymphangite, etc...?

Pour cela les commémoratifs nous renseigneront d'abord : la malade vient de faire ou est en train de faire une fièvre typhoïde ; c'est aussi généralement une malade dont la glande mammaire a été surmenée, cause qui a amené en ce point précis de l'économie la localisation du bacille typhique.

Les grands signes des mastites puerpérale, lymphangites, abcès subaigüs, galactocèles, engorgements mammaires, présentent de plus certaines différences et contribueront à fixer notre diagnostic.

Nous ne croyons pas que pour la lymphangite la question de diagnostic se pose.

La mastite puerpérale, ou plutôt mastite de l'allaitement, car l'allaitement est sa condition essentielle, apparaît en général vers la troisième ou quatrième semaine après l'accouchement. L'expression du sein faisant sourdre par les conduits galactophores un mélange jaunâtre de pus et de lait (signe de Budin) permettra de la reconnaître.

Les abcès subaigus du sein sont toujours accompagnés de ganglions axillaires enflammés, pouvant suppurer en même temps que le foyer mammaire : plus exceptionnellement on peut voir ces ganglions suppurer seuls, le noyau mammaire restant induré (Lucas-Championnière).

Le vrai galactocèle est rare et son volume est supérieur a celui de l'abcès de la mammite suppurée. Sa consistance est variable suivant le contenu : tantôt elle est manifestement fluctuante, tantôt elle est rénitente et paraît dure (liquide sous tension), tantôt enfin elle est mollasse et pâteuse : c'est dans ce dernier cas qu'on a noté le signe du godet, la tumeur garde l'empreinte du doigt qui la palpe (Dupuytren, Gilette). Un autre signe également très caractéristique est l'écoulement de lait par le mamelon lorsqu'on comprime ce galactocèle. Son évolution est de plus très longue.

Le diagnostic enfin de la mammite typhoïdique devra être fait d'avec celui de simple engorgement mammaire, ce sera chose facile. Dans l'engorgement mammaire, la mamelle est augmentée de volume dans son ensemble. A la palpation, on reconnaît facilement qu'il n'y a pas de tumeur dans le sein, on constate sim-

plement des nodosités disséminées dans la glande, nodosités élastiques et roulant sous les doigts ; elles sont de plus mal délimitées, se continuant manifestement avec les tissus voisins. Les ganglions axillaires ne sont aussi jamais augmentés de volume.

PRONOSTIC — TRAITEMENT

Dans aucune des observations que nous avons pu réunir, nous n'avons vu les mammites, tant suppurées que non suppurées, aggraver le pronostic de la fièvre typhoïde. Jamais leur évolution n'est intervenue sur l'état général de la malade, tout au plus ont-elles, dans certains cas, prolongé la convalescence de quelques jours.

Traitement. — Le traitement est essentiellement variable. Il diffèrera selon que nous aurons affaire à une mammite suppurée ou à une mammite n'ayant pas encore passé à la suppuration.

Mammites non suppurées. — Dans les observations VI, XIV, XV, XXVI, quelques pansements humides simples ou laudanisés ont suffi, la plupart du temps, à calmer la douleur et à diminuer la rougeur et le gonflement. Roger et Margarot ont employé avec succès l'application d'une pommade ichtyolée et gaïacolée. D'autres ont conseillé la cocaïne et la belladone en pommade toujours.

L'essentiel, quand une mammite est déclarée, est de

l'empêcher de passer à la suppuration : quelques injections sous-cutanées d'électrargol, nous paraissent arriver à ces résultats.

La quantité d'électrargol à injecter sera de 5 à 10 cc. ; on fera l'injection en couronne, autour du mamelon, en se servant d'une seringue ordinaire de Luer, bouillie, et, cela va sans dire, après désinfection préalable de la région par de la teinture d'iode dédoublée. L'action de l'électrargol ne tardera généralement pas à se faire sentir et le volume du sein diminuera.

Mammite suppurée. — Mais si, soit par négligence, soit parce que l'on est prévenu trop tard, un abcès a eu le temps de se former, le traitement sera tout autre.

Si la fluctuation n'est pas encore bien nette, on pourra injecter quelques centimètres cubes d'électrargol dans la poche même de l'abcès. Mais si la résolution ne se fait pas, et si l'abcès continue à progresser, le mieux est d'inciser : l'abcès pourrait, en effet, s'ouvrir spontanément et l'on aurait ultérieurement une cicatrice disgracieuse.

L'incision sera faite après anesthésie au chlorure d'éthyle, au point le plus fluctuant, et devra avoir une direction telle qu'elle corresponde à un rayon de la glande, de façon à éviter la section des conduits galactophores. On fera ensuite un bon lavage à l'eau oxygénée afin de bien nettoyer toutes les anfractuosités de la poche et l'on pourra drainer.

Nous aurons ainsi plus tard une cicatrice linéaire qui n'altèrera en rien l'esthétique de la région.

OBSERVATIONS

I. — Mammites non suppurées

Observation I

(Résumée)

(E. Leudet. — Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Rouen, 1873.)

Fièvre typhoïde, engorgement d'un lobule du sein se manifestant dans son cours. — Guérison

Femme de 28 ans, accouchée en janvier 1849, mais n'ayant pas allaité, et entrée en décembre de la même année à l'Hôtel-Dieu de Rouen pour fièvre typhoïde dont le début remontait à une dizaine de jours. La douleur à l'extrémité inférieure du sein droit débute le 14 décembre et, du 16 au 20, on constate dans cette partie du sein un engorgement léger du volume d'un œuf de pigeon. Etat de malaise général, peu d'appétit, un peu d'état nauséeux. La tuméfaction du sein n'a pas encore com-

plètement disparu lorsque la femme quitte l'hôpital fin décembre.

A signaler au cours de la maladie différentes hémorragies utérines.

Observation II

(Résumée)

(E. Leudet. — Clin. méd. de l'Hôtel-Dieu de Rouen, 1874.)

Début de fièvre typhoïde le 11 novembre 1857 chez femme de 23 ans, sans enfant, mais n'ayant été menstruée qu'à 19 ans. Hémorragies utérines du 17 au 27 novembre. Apparition vers le 22e jour de la maladie d'un engorgement du volume d'une petite noix à la partie externe des deux seins, ne s'accompagnant d'aucun malaise. Diminution lente, pas terminée quand femme quitte l'hôpital le 20 décembre.

Observation III

(Résumée)

(E. Leudet. — Clin. méd. de l'Hôtel-Dieu de Rouen, 1875.)

Femme de 21 ans. Fièvre typhoïde adynamique ; hémorragies nasales opiniâtres. Engorgement du volume

d'une noisette au sein droit d'abord, le 21e jour de la maladie, légère douleur locale. Le sein gauche est pris 4 jours plus tard. L'engorgement du sein droit reste stationnaire quelque temps et a complètement disparu au 15e jour ; celui du gauche a considérablement diminué au moment où la malade quitte l'hôpital.

Observation IV

(Résumée)

(E. Leudet. — Clin. méd. de l'Hôtel-Dieu de Rouen, 1874.)

Femme de 27 ans, sans antécédents pathologiques. Grossesse 8 mois auparavant, mais non suivie d'allaitement. Gonflement douloureux du foie, de la rate et du sein gauche vers le 4e septénaire d'une fièvre typhoïde. Le sein présente à sa partie inférieure un lobule du volume d'une noisette, sans aucun changement de couleur de la peau. Guérison de la mammite 8 jours plus tard.

Observation V

(Résumée)

(E. Leudet. — Clin. méd. de l'Hôtel-Dieu de Rouen, 1871.)

Fièvre typhoïde adynamique grave chez une femme de 23 ans. De la douleur et du gonflement du lobule du sein droit furent observés vers le 20e jour de la maladie. La malade étant morte 9 jours plus tard, l'autopsie fut faite et l'on trouva la cicatrisation des plaques de Peyer avancée et la rate volumineuse. Quant à la glande mammaire, elle était abslument saine.

Observation VI

(Résumée.)

(L. Delgrange. — *Journal des Sc. méd. de Lille*, 1880.)

Fièvre typhoïde chez femme enceinte, âgée de 22 ans, de constitution faible, très nerveuse. Vers le dixième jour de la maladie, la malade attire l'attention du médecin sur son sein gauche. Cette mamelle gauche a pour ainsi dire disparu sous la partie aréolaire prodigieusement développée. Tout le sein est comme réduit à l'aréole, laquelle considérablement œdématiée,

forme une véritable tumeur dans laquelle le mamelon s'est fondu sans laisser de traces. A la palpation, le doigt enfoncé dans la tumeur y laisse une empreinte qui disparaît assez vite. La malade se plaint en outre de vives douleurs.

Le sein droit se prend à son tour 2 jours après. T. 41°1 ; P. 120. Malade abattue.

Sous l'influence du traitement, les seins diminuent bientôt de volume ; les mamelons deviennent de nouveau visibles, et 14 jours après la mammite a à peu près disparu.

La grossesse suivit son cours.

Observation VII

(Thomas Mac Crae. — *John. Hopkins Hosp. Bull.*, Balt. 1902.)

Fièvre typhoïde. Malade de 25 ans, mariée. Fortes douleurs au sein droit le treizième jour de la dothiénentérie ; la palpation décèle un petit noyau induré dans la partie supérieure droite. Pas de rougeur.

Cette douleur et cette induration ont presque disparu 5 jours plus tard, mais alors le sein gauche se prend à son tour et présente les mêmes symptômes.

La température qui était de 102° à 103° F (38°8 à 39°4) le 1er août, douzième jour de la maladie, n'a pas varié et est redescendue à la normale le 9 août.

La malade eut une rechute suivie d'une très longue convalescence, au cours de laquelle elle se plaignit de nouveau de douleurs au sein gauche : une nouvelle

exploration montra en effet un noyau dur de la grosseur d'un œuf de poule à la partie supérieure et externe du sein très sensible à la pression.

La peau n'était pas enflammée et il n'y avait pas de fluctuation. Les ganglions axillaires ne furent pas engorgés.

Cette dernière poussée de mammite eut lieu le 10 septembre, 52e jour de la maladie ; elle était complètement terminée le 24, époque à laquelle la malade quitte l'hôpital.

Observation VIII

(Thèse de Hanriot. — Nancy, 1904.)

Fièvre typhoïde à forme prolongée chez femme de 37 ans, mère de 2 enfants.

Le début de la dothiénentérie remonte au 4 janvier. Evolution normale de la maladie jusqu'au 11 février, jour ou la malade ressent une douleur au sein gauche. On constate, en effet, le lendemain que la partie externe de la mamelle est rouge, gonflée, du volume d'une petite orange et très douloureuse à la pression.

Le 15 février, la mammite semble se résoudre, mais le 25, on constate encore une petite induration douloureuse.

La malade se plaint alors d'une douleur s'irradiant jusqu'au coude, à la partie interne du 2e espace intercostal gauche. On y constate un léger gonflement. Les

2e et 3e cartilages costaux sont très sensibles à la pression.

Les symptômes diminuent bien les jours suivants, mais la fièvre ne tombe pas, et oscille toujours entre 39°5 et 37.

Le 21 mars, on constate la formation d'un petit abcès dans le 2e espace intercostal, à gauche du sternum, et, sur l'étendue d'une pièce de 5 francs environ, on perçoit très nettement de la fluctuation.

Cet abcès est ouvert le 22, et il s'en écoule une assez grande quantité de pus.

A l'examen microscopique, on constate que ce pus était formé presque exclusivement de leucocytes polynucléaires. L'ensemencement fut fait et permit de mettre en évidence la présence du bacille d'Eberth pur.

La recherche des anaérobies n'a pas été faite.

Observation IX

(Résumée.)

(Thèse Hanriot. — Nancy, 1904.)

Fièvre typhoïde à forme prolongée avec complications multiples : coliques, rechute, érythèmes étendus, broncho-pneumonie avec léger épanchement bilatéral, accélération paralytique du cœur. Mammite non suppurée du sein gauche, 21e jour après le début de la dothiénentérie.

Une ponction thoracique faite à la base gauche du

sein ne ramena qu'un peu de sang, dans lequel l'analyse ne décela pas de bacille d'Eberth.

Guérison rapide.

Observation X

(Résumée)

(Fornaca. — L. sulla mastite Tifosa. — *Riforma medica*, Palermo, 1900.)

Femme de 40 ans, ayant eu 3 grossesses. Tuméfaction des lobules du sein droit au cours du cinquième septénaire d'une fièvre typhoïde ; tuméfaction de la grosseur d'une orange, très sensible au toucher, très dure et sans trace de fluctuation. La température oscille entre 38°8 le matin et 40° le soir pendant 12 jours.

Une ponction faite 5 jours après l'apparition de la douleur permet de retirer 3 gouttes d'un liquide séro-purulent que l'on met en culture dans un tube de bouillon ordinaire.

16 jours après l'apparition de ces symptômes dans le sein droit, le gauche est pris à son tour. La palpation y découvre une tuméfaction semi-lunaire, douloureuse à la pression et très dure.

Une ponction exploratrice est faite sans résultat. Lorsque la malade quitte la clinique, le 74e jour après le début de sa maladie, il restait seulement un peu d'induration des deux seins.

Les ganglions de l'aisselle n'ont jamais rien présenté d'anormal.

L'examen du liquide recueilli par ponction exploratrice du sein gauche a montré que l'on avait à faire à des bacilles d'Eberth purs.

Observation XI

(Résumée)

(Obs. Lichtheim, rapportée par Tavel *in* : « Uber die Etiologie der strummitis ». — Bâle, 1892, p. 8.)

Mammite et thyroïdite post-typhique

Le 12 novembre (27e jour de la dothiénentérie), la malade se plaint d'une douleur dans le sein gauche qui est tuméfié. Peau normale. La palpation montre une induration de forme cylindrique ayant le mamelon pour centre, renflée en massue à la périphérie. Cette masse est mobile sous la peau et sur les plans profonds ; elle est douloureuse à la pression profonde. La peau est chaude, non douloureuse. On porte le diagnostic de mammite. T. 37°5.

14 novembre. Angine.

15 novembre. Sensibilité à la pression très marquée dans la moitié droite d'un goître dont la malade est affligée. La mammite est au contraire peu douloureuse : on ne perçoit plus qu'une légère augmentation de consistance.

20 novembre. Plus d'angine ni de mammite, mais l'inflammation du goître, la strumite, persiste.

8 décembre. La malade quitte l'hôpital.

Observation XII

(P. Guiraud. — *Montpellier Médical,* 3 février 1907).

Malade de 22 ans, enceinte déjà 3 fois et ayant allaité son dernier enfant jusqu'au début de sa maladie actuelle, fièvre typhoïde dûment constatée et traitée.

Douleur dans le sein droit le 29 octobre, c'est-à-dire le 25[e] jour de la dothiénentérie ; la palpation très douloureuse décèle une tuméfaction du volume d'une petite mandarine dans le quadrant supéro-externe ; 3 à 4 petits ganglions, durs, mobiles, douloureux sont constatés sur la face interne du creux axillaire droit.

Le sein gauche est pris à son tour 3 jours plus tard, le 2 novembre.

Le 8 novembre, résolution complète de la mammite des deux côtés ; il ne persiste plus ni douleur ni induration.

Le 20 novembre, nouvelle poussée douloureuse de mammite à droite ; toute la moitié supérieure du sein droit est tuméfiée ; un ganglion est constaté dans l'aisselle.

La mamelle est enduite de pommade à l'ichtyol et 8 jours après la résolution est de nouveau complète.

Le 5 décembre on remarque enfin au niveau du sein droit une induration très limitée et douloureuse qui ne persiste pas plus de 3 jours.

La malade part guérie le 25 décembre.

Observation XIII

(Roger et Margarot. — Soc. sc. méd., Montpellier, 2 juillet 1909.)

Bal... Jeanne, âgée de 25 ans, entre le 5 mai 1909 à l'Hôpital Suburbain, salle Bichat, n° 15, dans le service de M. le professeur Carrieu.

Enceinte de trois mois environ, la malade se plaint depuis huit jours de lassitude générale, de céphalée, de nausées, un peu de diarrhée et présente de la fièvre. Depuis quatre jours elle a quelques douleurs abdominales.

Antécédents personnels. — Grippe il y a un an. Mariée depuis quatre mois.

A son entrée la température est à 38°7, le pouls à 120. Abattement, insomnie, céphalée, langue sale, rouge à la pointe et sur les bords. Anorexie. Nausées et vomissements. Ventre ballonné, douleurs abdominales prédominant dans la fosse iliaque droite. Légère diarrhée jaunâtre. Quelques taches rosées. On administre du pyramidon, 0,15 pour un cachet n° 3.

Le 6 mai, taches rosées nombreuses ; épistaxis. Douleurs abdominales plus intenses : T. 38°5-39°. Pouls : 100-115.

7 mai, douleurs abdominales plus violentes, siégeant surtout à l'hypogastre et à la région lombaire. Chute thermique sans hémorragie d'aucune sorte : 36°-36°8. Pouls : 100. Séro de Widal positif.

La malade attire l'attention sur une douleur du sein

gauche : à l'inspection nous ne notons pas de modifications apparentes, mais la palpation profonde nous permet de sentir un nodule induré de la dimension d'une amande dans le quadrant inféro-interne.

En présence de la menace d'avortement, on administre un lavement de laudanum ; toutefois, le travail continue et la malade expulse à 7 heures un fœtus d'environ 3 mois. Une hémorragie abondante nécessite le curage digital de l'utérus.

8 mai. Bon état général ; ventre douloureux, mais moins tendu. Température : 37°5-38. Pouls : 104. Sein toujours douloureux spontanément et à la pression.

9 et 10 mai. Petites coliques utérines et petites hémorragies. Température oscillant entre 37° et 38°. Pouls petit, rapide : 110-120. Huile camphrée. Compresses froides abdominales.

13 mai. La température est revenue matin et soir à la normale. Bon état général. A la palpation du sein, on sent toujours un noyau induré qui est douloureux à la pression.

17 au 19 mai. Légères douleurs abdominales : température : 36°5-37°4. La malade se plaint à nouveau de douleurs spontanées dans le sein et la pression développe en un point très limité une douleur exquise. On applique une pommade ichtyolée et gaïacolée.

21 mai. La douleur a diminué ; le nodule diminue.

Sortie le 4 juin. On ne sent plus de nodule au niveau du sein qui n'est pas douloureux.

Nous avons eu des nouvelles de la malade le 28 juin, elle n'a plus de douleur du sein et n'y sent plus de nodule.

Observation XIV

(Roger et Sappey. — Soc. sc. méd. Montpellier, 14 janvier 1910.)

Femme, âgée de 21 ans, entre à l'hôpital Suburbain, salle Espéronier, n° 2, le 25 octobre 1909, au début d'une infection fébrile caractérisée par de la courbature, de la céphalée, de l'inappétence, de la diarrhée. La température oscille entre 39° et 40° ; le pouls entre 100 et 110. Des épistaxis surviennent, des taches rosées apparaissent. Le séro-diagnostic de Widal est positif.

La maladie évolue sans gravité aucune, malgré un certain degré d'asthénie cardiaque. Toutefois la défervescence est traînante, entrecoupée d'oscillations thermiques de près de deux degrés, et alors que l'apyrexie paraissait s'installer, la température s'élève, le 24 novembre, jusqu'à 39°.

C'est alors seulement, qu'explorant complètement la malade pour trouver une cause à cette poussée thermique, que ni l'état intestinal, ni l'état général ne pouvaient expliquer, on découvre une tuméfaction du sein gauche, avec une zone de rougeur intense au niveau du quadrant inféro-interne, et une rougeur plus atténuée de la portion avoisinante. Ce quadrant inféro-interne est occupé par un empâtement dur, volumineux, de la dimension d'une petite orange, où n'apparaît aucun point fluctuant, et qui est très douloureux. Dans l'aisselle gauche, il y a quelques petits ganglions douloureux.

La malade, qui, de peur de quelque intervention, avait

caché jusqu'ici cette complication, avoue à ce moment, qu'elle a commencé, il y a une douzaine de jours, de souffrir légèrement du sein gauche, puis, bientôt après, du sein droit. Elle n'avait, au début, de douleur qu'à la pression ; puis la douleur est devenue spontanée, plus vive au niveau du sein droit, où la malade a perçu nettement un peu d'induration : il ne paraît pas y avoir eu de rougeur à cette époque. Depuis deux ou trois jours la douleur s'est atténuée au niveau du sein droit pour se porter plus intense sur le sein gauche.

L'examen du sein droit permet de vérifier les dires de la malade ; il n'y a ni rougeur ni gonflement appréciable à la vue, mais la palpation du quadrant inféro-interne permet de constater un nodule de la dimension d'une noix et qui n'est pas actuellement douloureux. Il s'agit d'une mammite en voie de résolution.

Des pansements humides appliqués sur le sein gauche en diminuent la douleur, la rougeur et le gonflement : peu à peu la fièvre tombe, l'empâtement rétrocède, sans passer à la suppuration. Au début de décembre, le sein présente encore un nodule induré assez gros (petit œuf), mais qui n'est plus douloureux.

Quand la malade sort de l'hôpital, vers le 20 décembre, elle ne présente plus qu'une induration indolore, de la dimension d'une bille, au niveau du sein gauche.

OBSERVATION XV

(Due à l'obligeance de MM. Euzière et Roger.)

Av... Jeanne, 28 ans, entre le 21 septembre 1911, salle Espéronier, n° 3, Hôpital Suburbain.

La malade a présenté, il y a huit jours, de petits frissons, de la céphalée, de l'anorexie, quelques douleurs abdominales, une diarrhée abondante (cinq à six selles par jour), d'abord verdâtre, puis jaunâtre. Elle se plaint d'abattement général, d'insomnie, et a eu, chez elle, jusqu'à 40°4. Elle n'accuse aucun symptôme respiratoire, ni circulatoire, pas d'épistaxis. Les règles ont apparu au début de la maladie, devançant d'une dizaine de jours l'époque habituelle.

On ne trouve, dans les antécédents, rien de pathologique, sauf un phlegmon du ligament large, survenu après une première grossesse et opéré par le professeur Forgue.

La malade a eu quatre enfants : le premier, il y a six ans, qu'elle n'a pas nourri et qui est mort de gastro-entérite à l'âge d'un an et demi ; le deuxième, il y a quatre ans, nouri aú sein pendant treize mois, les troisième et quatrième, provenant d'un accouchement gémellaire, en mars 1910, et qui ont été nourris tous deux au sein par la mère jusqu'à quatorze mois. Ces allaitements ne se sont accompagnés d'aucun accident du côté de la mamelle.

A son entrée, Av... présente un typhos très net ; la

langue est sale, rouge à la pointe et sur les bords ; le ventre, souple, avec taches rosées nombreuses. La malade se plaint d'une douleur thoracique récente à la base gauche, qui ne s'accompagne d'aucun signe physique particulier. La rate est nettement augmentée de volume. La température rectale oscille entre 39°5 et 40° ; le pouls est à 109 ; la tension artérielle a 13 au Potain. La balnéothérapie est instituée.

Le 30 septembre. — Véritable éruption de taches rosées, occupant tout l'abdomen, le thorax, et même les bras et la racine des cuisses. La malade tousse depuis quelques jours, d'une façon assez intense ; elle expectore des crachats muco-purulents, verdâtres, assez abondants ; des sibilants et des ronflants sont disséminés dans toute la poitrine. La température atteint jusqu'à 41°; le pouls est à 110; les bruits du cœur sont un peu sourds. On injecte de l'huile camphrée et de la spartéine; on prescrit une potion au benzoate de soude.

7 octobre. — L'état typhique persiste. La température est toujours en plateau dans les environs de 40° ; la diarrhée est abondante, la bronchite diminue.

Le 10 octobre. Alors qu'une amélioration de l'état général s'installe et que la température commence à décroître (39°3-38°3), la malade se plaint d'une douleur au sein droit ; celui-ci offre de la rougeur et du gonflement, limités à son cadrant inféro-externe ; la palpation, qui est douloureuse, fait sentir une masse assez dure de la dimension d'une petite mandarine, faisant corps avec la glande, mobilisable avec elle. Il n'y a pas de ganglions axillaires. Des pansements humides, chauds, sont appliqués localement.

Le 13 octobre. La température est presque normale :

37°3, 38°2. La rougeur du sein diminue, ainsi que le gonflement; la douleur est bien moindre.

Le 16 octobre. Apyrexie complète. Au niveau du sein, il n'y a pas de douleur spontanée, mais seulement une légère douleur à la pression. Rougeur et tuméfaction ont disparu. La palpation décèle encore une induration profonde de la dimension d'une noix. Pas de ganglions.

La malade sort le 3 novembre, complètement guérie, et ne présentant aucun reliquat au niveau de son sein.

II. — **Mammites suppurées**

Observations XVI et XVII

(E. Destrée. — *Journal de méd., de chir. et de pharm.* de Bruxelles, 1891.)

Homme de 26 ans. Abcès du sein droit au 3e septénaire. Staphylococcus pyogenes aureus, seul.

Homme de 37 ans. Abcès du sein droit au 3e septénaire (fin). Staphylococcus pyogenes aureus, seul.

Observations XVIII et XIX

(Pr Curschmann, de Leipzig; *Traité de pathologie*, publié sous la direction de M. le Pr Nothnagel (Vienne).

L'auteur cite le cas de deux jeunes gens chez lesquels survint une mammite au cours d'une fièvre typhoïde. C'est incidemment qu'il relate le fait sans s'y arrêter plus longuement.

Le staphylocoque doré fut seul décelé dans ces deux cas de mammite suppurée chez l'homme.

Observation XX

(Charlotte West. — The Philadelphia Polyclinic, 1898. *Revue générale de path. int.* 1898.)

Jeune fille de 17 ans, chez laquelle le séro-diagnostic est positif.

A la 3e semaine d'une fièvre typhoïde à évolution ordinaire, apparaît un gonflement très douloureux des seins. La douleur et l'œdème subsistent *et à la 4e semaine* l'on observe des élevures et des taches hémorragiques (thrombophlébite) à la partie externe de la jambe droite, à la cuisse gauche, au sommet du triangle de Scarpa, aux seins et aux bras. Il y eut suppuration dans un bras, une jambe et les deux seins.

Observation XXI

(Capellari. — *Corriere sanitario.* Milano, 1900.)

Jeune fille de 15 ans, atteinte de fièvre typhoïde. A la *4e semaine* l'on remarqua que le sein gauche était gonflé ; le gonflement ne fit qu'augmenter, le sein devint dur et la température qui était devenue normale remonta de nouveau. Finalement on perçut de la fluctuation, l'abcès fut ouvert et la guérison s'ensuivit. Ni le mamelon, ni les ganglions de l'aisselle ne furent pris.

Observation XXII

(Davis Patterson et Hewlett. — *American Journal of med. Sc.*, 1901. (*Revue générale de Path. int.*, 1902.)

Femme de 34 ans, entrée au New-York Hospital pour une fièvre typhoïde qui n'offre rien de particulier dans ses différents stades. Au 36e jour, la température est redevenue normale ; le 39e jour, la malade commence à se plaindre de douleurs dans le sein gauche qui se met à gonfler vers le 41e jour. Le lendemain, le sein droit devient sensible à la pression. Le gonflement et la douleur du sein gauche augmentent, le 51e jour il y a de la fluctuation et une ponction aspiratrice fournit du pus. Le sein droit est très tendu et très dur. La température s'élève (39°4) le soir pour redevenir normale au matin. Le pouls est accéléré, il dépasse 103. L'ouverture du

sein gauche est faite le 51e jour et on recueille 150 cc. de pus. La guérison survient sans incident et l'engorgement du sein droit disparaît graduellement.

Dans les cultures faites avec le pus de l'abcès du sein, on isola le bacille d'Eberth.

Observation XXIII

(Résumée)

(Mac Conkey. — *Brit. Med. Journ.*, 1902. *Revue générale de Path. interne*, 1902.)

Femme de 38 ans, atteinte de fièvre typhoïde.

A la suite de la maladie survient une arthropathie douloureuse du genou ; *puis sept mois après le début de la fièvre typhoïde,* il se fit un abcès mammaire d'où sortit un liquide séro-purulent où l'on trouva des bacilles donnant tous les caractères de culture du bacille d'Eberth. A une dilution au 1/30 on avait, avec le liquide de l'abcès, une réaction agglutinante complète avec un bacille typhique de laboratoire et celui de la malade.

Observation XIV

(Résumée.)

(Thomas Mac Crae. — John Hopkins. Hosp. Bull. Balt., 1902.)

Fièvre typhoïde légère chez femme de 32 ans, allaitant.

La malade se plaint de douleur dans le sein droit vers le 30e jour de la maladie ; le lendemain, en effet, on y constate de la fluctuation.

L'abcès est ouvert le surlendemain et l'on retire 40 cc. de pus dans lequel on décèle seulement la présence du staphylocoque blanc, sans accompagnement de bacille d'Eberth.

La cicatrisation de la plaie fut rapide et la malade sortit guérie 9 jours après.

Observation XXV

(Résumée.)

(Thomas Mac Crae. — John Hopkins. Hosp. Bull. Balt., 1902.)

Femme de 27 ans atteinte de fièvre typhoïde grave.

Gonflement du sein gauche au 30e jour de la maladie

avec sensibilité à la pression, mais sans rougeur au début.

Incision 5 jours plus tard et une quantité assez grande de pus est évacuée.

La fièvre ne tombant pas le soir et restant à 104° F. (40°), on fit le lendemain une nouvelle incision à la partie inférieure gauche, mais sans trouver trace de pus cette fois.

Le gonflement du sein diminua rapidement les jours suivants ; la plaie se referma 8 jours après.

Observation XXVI

(Soulier. — Thèse de Montpellier, 1907.)

Femme 35 ans, ayant eu deux grossesses, dont la dernière seulement 2 ans et demi avant la maladie actuelle, a été suivie d'allaitement.

La maladie qui débuta le 3 décembre 1907, fut entrecoupée de vomissements et d'hémorragies intestinales. Les suites furent cependant normales et la malade alimentée depuis le 31 décembre se lève le 10 janvier.

Ce n'est que le 2 février, au moment où la malade allait quitter le service, qu'elle montre une tuméfaction du sein gauche dont elle souffrait depuis quelques jours et qu'elle avait tenue cachée par crainte du bistouri. Les débuts en remontaient à une quinzaine de jours. Cette induration aurait grossi peu à peu. Les douleurs auraient été assez légères et sans irradiation d'aucune sorte.

L'examen permet de constater une masse doulou-

reuse à la pression de la grosseur d'un œuf de poule, dure, résistante, mobile sous la peau et sur les plans profonds, ne présentant aucun point de suppuration. Pas de ganglions dans l'aisselle.

Température normale.

Le diagnostic de mammite est porté et la fluctuation étant apparue quelques jours après, l'abcès est incisé le 9 février. Une quantité assez considérable de pus s'en écoula (environ un verre à Bordeaux), on en recueille un peu aseptiquement.

La plaie est ensuite drainée à la gaze et le 20 février la cicatrisation est presque complète.

L'examen du pus fait par M. Delanoë ne décela la présence ni de streptocoque, ni de staphylocoque, ni de bacille d'Eberth pur, mais permit de constater celle d'un bacille du groupe des paratyphiques.

CONCLUSIONS

I. — La mammite typhoïdique est une complication rare de la fièvre typhoïde : elle apparaît au déclin de la maladie ou dans la convalescence et peut exister dans les deux seins.

II. — L'activité de la glande mammaire est nécessaire pour son apparition.

III. — Elle est due au bacille d'Eberth, auquel s'adjoignent des microbes pyogènes vulgaires quand elle passe à la suppuration.

IV. — Son influence est pratiquement nulle sur l'évolution de la dothiénentérie.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

ACHALME. — Semaine médicale, 1890, p. 224.

ACHARD. — Semaine médicale, 1896, p. 303.

BERG. — Deut. Archiv. f. Klin. Med., 1895, p. 161.

BROUARDEL et THOINOT. — La fièvre typhoïde, 1895.

CAPELLARI. — Corriere sanitario, Milano, 1890.

CHANTEMESSE. — Société méd. des hôpitaux, 11 juillet 1890 et 20 février 1891.

— Traité de méd. de Bouchard et Brissaud (Congrès de méd. de Montpellier, 1898, t. 2).

COHN. — Zertsch für Geburst und Gynek., 1886, Heft II.

CONKEY (Mac). — Brit. med. journ., 1902 (*in* Revue gén. de path. int.. 1902).

CURSCHMANN. — Specielle Pathologie und Therapie von H. Nothnagel.

DAVIS PATTERSON and HEWLETT. — Amer. journ. of the med. sciences, 1901 (*in* Revue de path. int., 1902).

DELGRANGE. — Journal des sc. méd. de Lille, 1880.

DEHU. — Thèse Paris, 1893.

DESTRÉE. — Journ. de méd., de chir. et de pharm. de Bruxelles, août 1891.

EBERMAYER. — Deut. Arch. f. Klin. med., XLIV, p. 550.

ESCHERICH. — Fortschritte der Medizin, 1885, N°s 3 et 8.

FLORANGE. — Thèse Paris, 1902.

FORNACA. — Riforma medica, 1900.

— Gazette des hôpitaux, 25 mai 1901.

Guiraud. — Montpellier médical, 3 février 1907.
Hanriot. — Thèse Nancy, 1904.
Holscher. — Münch. med. Vohen, 1891.
Leudet. — Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Rouen, 1875.
Orloff. — Centralblatt f. Backt., 1890.
Raymond. — Soc. méd. des hôpitaux, 1891.
Roger. — Soc. des sc. méd., 19 avril 1907.
Roger et Margarot. — Montpellier médical, 1909, N° 36.
Roger et Sappey. — Montpellier médical, 1910, N° 10.
Roux. — Lyon médical, 1888.
Scheele. — Stat. des typhus sectionen Münich, 1885.
Sorel. — Soc. méd. des hôpitaux, 1889.
Soulier. — Thèse Montpellier, 1907.
Tavel. — Uber die Etiologie der Strumitis, Bâle 1892.
Thomas Mac Crae. — John Hopkins Hosp. Bull. Balt., 1902.
Vallin. — Soc. clin. de Paris, 1877.
West (Ch.). — The Philadelphia polyclinic, 1898 (*in* Revue de path. int.).

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 11 juillet 1913.
Le Recteur,
Ant. BENOIST.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 11 juillet 1913.
Le Doyen,
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!
